FORMULAR

KV RLP I HV MAINZ I POSTFACH 2567 I 55015 MAINZ

Abteilung Sicherstellung

KV RLP
KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG
RHEINLAND-PFALZ

Antrag auf Eintragung in das Psychotherapeutenregister

ANGABEN ZUR PERSON

Titel / akademischer Grad

Familienname

Vorname(n) Rufname

Geburtstag Geburtsort

Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers ☐ unbestimmt

aktuelle Staatsangehörigkeit (Staat) seit

Falls in Deutschland eingebürgert seit

WOHNORT

PLZ Ort

Straße

Telefon Telefax

Mobil E-Mail

Ich versichere, dass die von mir in diesem Antrag gemachten Angaben mit den beigefügten Unterlagen übereinstimmen. Änderungen in den geschilderten Verhältnissen werde ich unverzüglich der Arztregisterstelle mitteilen.

Ort, Datum Unterschrift

DIESEM ANTRAG FÜGE ICH DIE NACHFOLGEND GENANNTEN UNTERLAGEN IM ORIGINAL BEI.

Ausnahmsweise können auch amtlich beglaubigte Abschriften/Kopien akzeptiert werden (beachten Sie hierzu bitte die Hinweise auf der letzten Seite dieses Formulars)
Bei ausländischen Urkunden und Zeugnissen müssen ergänzend von einem staatlich anerkannten Übersetzer beglaubigte Übersetzungen vorgelegt werden

- ☐ Geburtsurkunde
- ☐ bei Namensänderung: die betreffende Urkunde (z.B. Heiratsurkunde) oder Auszug aus dem Familienbuch
- ☐ bei Wechsel der Staatsangehörigkeit: Einbürgerungsurkunde
- ☐ Diplom oder Masterzeugnis über den Abschluss eines Psychologie-, Pädagogik-, Sozialpädagogik-, Sozialarbeits- oder Musiktherapiestudiums
- ☐ Zeugnis über die staatliche Prüfung für Psychologische Psychotherapeuten (Landesprüfungsamt)
- ☐ Approbation (sofern als amtlich beglaubigte Kopie vorgelegt: Beglaubigungsdatum nicht älter als drei Monate)
- ☐ Promotionsurkunde und gegebenenfalls weitere akademische Grade oder Titel
- ☐ Nachweis der Weiterbildung in einem Richtlinienverfahren
  (Fachkunde gemäß § 95c SGB V, siehe anliegendes Merkblatt)
- ☐ Alle Zeugnisse oder Bescheinigungen über alle bisherigen **nicht selbstständigen** psychotherapeutischen Tätigkeiten seit der bestandenen Hochschulprüfung
  → In diesen Zeugnissen / Bescheinigungen müssen die jeweiligen Beschäftigungszeiträume angegeben sein
- ☐ Aktuelle Bescheinigung über die derzeitige psychotherapeutische Tätigkeit (nicht älter als drei Monate)
- ☐ Falls bereits niedergelassen oder niedergelassen gewesen: Bescheinigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung über Ort und Dauer der Niederlassung oder eine Bescheinigung über die Teilnahme am Delegationsverfahren
- ☐ Gegebenenfalls Nachweise zu Berufsverbot, Entzug beziehungsweise Ruhen der Approbation

ANMERKUNGEN

- Die vorgenannten Unterlagen verbleiben – mit Ausnahme der Originale – bei der durch die Kassenärztliche Vereinigung anzulegenden Registerakte in digitaler Form
- Für diesen Antrag ist gemäß § 46 Ärzte-ZV eine Gebühr von € 100,00 zu entrichten. Sie erhalten hierüber eine separate Rechnung

ANGABEN ZUR AUS- UND WEITERBILDUNG

- Hochschulabschluss

Datum _____ Abschluss _____

Ort / Hochschule _____

- Promotion

Datum _____ Ort / Hochschule _____

- Approbation

☐ als Psychologischer Psychotherapeut — Datum _____ Approbationsstelle _____

☐ als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut — Datum _____ Approbationsstelle _____

FREMDSPRACHENKENNTNISSE (GUTE KENNTNISSE FÜR DIAGNOSE UND BEHANDLUNG)

Die Angabe ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden.

Sprache _____

Sprache _____

Sprache _____

Sprache _____

TEILNAHME AN DER (VERTRAGS-)PSYCHOTHERAPEUTISCHEN VERSORGUNG

- Haben Sie die Absicht, demnächst als Vertragspsychotherapeut tätig zu werden? ☐ ja ☐ nein

Falls ja: Ort _____ Falls ja: Zeitpunkt _____

Falls ja: Niederlassung als _____

Falls nein: Erklären Sie sich damit einverstanden, dass unsere Niederlassungsberatung Kontakt mit Ihnen aufnimmt? ☐ ja ☐ nein

- Sind Sie bereits in einem Arzt-/Psychotherapeutenregister eingetragen? ☐ ja ☐ nein

Falls ja: Registerstelle _____ Eintragungsnummer _____

- Haben Sie bereits früher an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilgenommen oder nehmen Sie derzeit an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teil? ☐ ja ☐ nein

Falls ja: in welchem KV-Bereich? _____

☐ als zugelassener Psychotherapeut Zeitraum: von _____ Zeitraum: bis _____

☐ als ermächtigter Psychotherapeut Zeitraum: von _____ Zeitraum: bis _____

☐ als angestellter Psychotherapeut Zeitraum: von _____ Zeitraum: bis _____

ANGABEN ZUR APPROBATION

- Ist Ihnen die Approbation zu irgendeiner Zeit entzogen worden? ☐ ja ☐ nein Falls ja: Zeitraum von _____ Falls ja: Zeitraum bis _____

Falls ja: durch welche Stelle? _____

Falls ja: Grund _____

- Hat zu irgendeiner Zeit Ihre Approbation geruht? ☐ ja ☐ nein Falls ja: Zeitraum von _____ Falls ja: Zeitraum bis _____

Falls ja: Grund _____

- Ist Ihnen zu irgendeiner Zeit die Berufsausübung als Psychotherapeut verboten worden? ☐ ja ☐ nein Falls ja: Zeitraum von _____ Falls ja: Zeitraum bis _____

Falls ja: durch welche Stelle? _____

Falls ja: Grund _____

AUFSTELLUNG ÜBER DIE PSYCHOTHERAPEUTISCHE TÄTIGKEIT SEIT DEM HOCHSCHULABSCHLUSS

- vollständige und chronologische Auflistung
- anzugeben sind auch psychotherapeutische Tätigkeiten bei der Bundeswehr, längere Vertretungen von Psychotherapeuten sowie frühere Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung
- alle aufgelisteten Tätigkeiten müssen durch beigefügte Zeugnisse oder Bescheinigungen belegt werden
- Tätigkeiten im Rahmen der Weiterbildung in einem Ausbildungsinstitut (bitte nur auflisten, separate Zeugnisse sind nicht notwendig, wenn sie aus dem Abschlusszeugnis ersichtlich sind)

1

Zeitraum: von _____ Zeitraum: bis _____ Ort _____

Klinik / Amt / Institut / Dienststelle / Praxis _____

Stellung / Tätigkeit _____

2

Zeitraum: von _____ Zeitraum: bis _____ Ort _____

Klinik / Amt / Institut / Dienststelle / Praxis _____

Stellung / Tätigkeit _____

3

Zeitraum: von _____ Zeitraum: bis _____ Ort _____

Klinik / Amt / Institut / Dienststelle / Praxis _____

Stellung / Tätigkeit _____

4

Zeitraum: von _____ Zeitraum: bis _____ Ort _____

Klinik / Amt / Institut / Dienststelle / Praxis _____

Stellung / Tätigkeit _____

5

Zeitraum: von _____ Zeitraum: bis _____ Ort _____

Klinik / Amt / Institut / Dienststelle / Praxis _____

Stellung / Tätigkeit _____

6

Zeitraum: von | Zeitraum: bis | Ort

Klinik / Amt / Institut / Dienststelle / Praxis

Stellung / Tätigkeit

7

Zeitraum: von | Zeitraum: bis | Ort

Klinik / Amt / Institut / Dienststelle / Praxis

Stellung / Tätigkeit

8

Zeitraum: von | Zeitraum: bis | Ort

Klinik / Amt / Institut / Dienststelle / Praxis

Stellung / Tätigkeit

9

Zeitraum: von | Zeitraum: bis | Ort

Klinik / Amt / Institut / Dienststelle / Praxis

Stellung / Tätigkeit

10

Zeitraum: von | Zeitraum: bis | Ort

Klinik / Amt / Institut / Dienststelle / Praxis

Stellung / Tätigkeit

11

Zeitraum: von | Zeitraum: bis | Ort

Klinik / Amt / Institut / Dienststelle / Praxis

Stellung / Tätigkeit

Wichtige Informationen zum Antrag auf Eintragung ins Psychotherapeutenregister

Die Registereintragung ist bei der Kassenärztlichen Vereinigung zu beantragen, in deren Zuständigkeitsbereich der Wohnsitz des Antragstellers liegt. Bei Wechsel des Wohnortes in einen anderen Zulassungsbezirk kann eine Umschreibung erfolgen. Bei einer Tätigkeit einem anderen Zulassungsbezirk wird eine Umschreibung von Amts wegen vorgenommen.

DATENSCHUTZ

Die zur Bearbeitung Ihres Antrages erforderlichen Daten werden auf der gesetzlichen Grundlage der §§ 95 und 98 SGB V in Verbindung mit den Vorschriften der Zulassungsverordnung über die Führung des Arzt-/ Psychotherapeutenregisters erhoben.
Das Arzt-/Psychotherapeutenregister wird mittels EDV erstellt. Die Speicherung, Übermittlung und Löschung erfolgt nur im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften.
Über Art und Umfang der über eine Person geführten Registerdaten erhält die betreffende Person schriftliche Mitteilung.

PERSÖNLICHE ABGABE DER ANTRAGSUNTERLAGEN

Es besteht die Möglichkeit, Ihre Antragsunterlagen persönlich im Arztregister vorzulegen. Vorgelegte Originale werden in solchen Fällen nach der Einsichtnahme und der Anfertigung von Kopien für die Registerakte unverzüglich an den Antragsteller zurückgegeben.
Sollten Sie hiervon Gebrauch machen wollen, so bitten wir um **vorherige Vereinbarung eines Termins** mit einem Mitarbeiter des Arztregisters. Sie erreichen uns unter Telefon 06131 326-4400.
Die vorzulegenden Unterlagen müssen im Original vorgelegt werden. Ausnahmsweise können auch **amtlich beglaubigte Abschriften/Kopien** akzeptiert werden. Zur amtlichen Beglaubigung berechtigt sind gemäß § 1 des Landesgesetzes über die Beglaubigungsbefugnis:

- die Ortsbürgermeister und Ortsvorsteher,
- die Verbandsgemeindeverwaltungen und die Gemeindeverwaltungen der verbandsfreien Gemeinden,
- die Stadtverwaltungen der kreisfreien und großen kreisangehörigen Städte,
- die Kreisverwaltungen,
- die Struktur- und Genehmigungsdirektionen,
- die Aufsichts- und Dienstleistungsdirektion,
- die Direktoren und Präsidenten der Gerichte,
- die Staatsanwaltschaften und Generalstaatsanwaltschaften,
- die Justizvollzugsanstalten,
- die obersten Landesbehörden,
- die landesunmittelbaren gesetzlichen Krankenkassen,
- alle übrigen Behörden im Rahmen ihrer sachlichen Zuständigkeit.

AUSZUG AUS DEM FÜNFTEN BUCH SOZIALGESETZBUCH (SGB V):

§ 95 C VORAUSSETZUNG FÜR DIE EINTRAGUNG VON PSYCHOTHERAPEUTEN IN DAS ARZTREGISTER

Bei Psychotherapeuten setzt die Eintragung in das Arztregister voraus:

1. die Approbation als Psychotherapeut nach §§ 2 oder 12 des Psychotherapeutengesetzes und
2. den Fachkundenachweis.

Der Fachkundenachweis setzt voraus:

1. für den nach § 2 Abs. 1 des Psychotherapeutengesetzes approbierten Psychotherapeuten, dass der Psychotherapeut die vertiefte Ausbildung gemäß § 8 Abs. 3 Nr. 1 des Psychotherapeutengesetzes in einem durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 92 Abs. 6 a anerkannten Behandlungsverfahren erfolgreich abgeschlossen hat;
2. für den nach § 2 Abs. 2 und Abs. 3 des Psychotherapeutengesetzes approbierten Psychotherapeuten, dass die der Approbation zugrundeliegende Ausbildung und Prüfung in einem durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 92 Abs. 6 a anerkannten Behandlungsverfahren abgeschlossen wurden;
3. für den nach § 12 des Psychotherapeutengesetzes approbierten Psychotherapeuten, dass er die für eine Approbation geforderte Qualifikation, Weiterbildung oder Behandlungsstunden, Behandlungsfälle und die theoretische Ausbildung in einem durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 anerkannten Behandlungsverfahren nachweist.